Deutscher Bundestag **Drucksache 16/3991**

16. Wahlperiode 02. 01. 2007

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Elisabeth Scharfenberg, Birgitt Bender, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 16/3918 –

Finanzierung, Versorgungsstrukturen und Versorgungsqualität im Krankenhausbereich nach Einführung der diagnose-bezogenen Fallpauschalen (DRG)

Vorbemerkung der Fragesteller

Mit dem Gesundheitsreformgesetz 2000 wurde das Entgeltsystem zur Vergütung erbrachter Leistungen im Krankenhausbereich durch die schrittweise Umstellung auf DRG-Fallpauschalen grundlegend reformiert. Die Phase der Umstellung begann zum 1. Januar 2003 und soll 2009 abgeschlossen werden. Die finanzwirksame Umstellung ist nach dem Einstieg zum 1. Januar 2005 Anfang 2006 nun in die zweite von fünf Stufen gegangen.

Mit der Einführung der DRGs wurden verschiedene Ziele verfolgt. Dies waren insbesondere mehr Transparenz und Vergleichbarkeit der Krankenhausleistungen, die Optimierung der Behandlungsabläufe, der Abbau von Überversorgung, die Verkürzung der durchschnittlichen vollstationären Aufenthaltszeit (Liegedauer) im Krankenhaus sowie die Begrenzung zu erwartender Kostensteigerungen im stationären Bereich.

Das DRG-Fallpauschalensystem wurde ausdrücklich als lernendes System konzipiert. Die Vertragsparteien des DRG-Systems, die Spitzenverbände der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung sowie die Deutsche Krankenhausgesellschaft sind deswegen nach § 17b Abs. 8 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) verpflichtet, eine Begleitforschung zu den Auswirkungen des neuen Vergütungssystems durchzuführen. Erste Ergebnisse hieraus sollten bis Ende 2005 veröffentlicht werden, liegen aber bislang noch nicht vor. Dennoch sind bereits einzelne Untersuchungen vorhanden, die Aussagen über Trends nach Einführung der DRGs ermöglichen (u. a. GEK-Report akut-stationäre Versorgung 2006, Schwäbisch Gmünd 2006; Braun, Müller, Versorgungsqualität im Krankenhaus aus der Perspektive der Patienten, Schwäbisch Gmünd 2006). Danach gibt es Optimierungspotenziale an der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und stationären Sektor. Es gibt zudem zum Teil deutliche Unterschiede hinsichtlich der Behandlungsqualität zwischen den Krankenhäusern der verschiedenen Trägerformen. Und es gibt Hinweise darauf, dass chronisch Kranke und multimorbide Patienten durch das

---

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 28. Dezember 2006 übermittelt.

Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

DRG-System möglicherweise benachteiligt werden. Die im Vorfeld der DRG-Einführung formulierten Befürchtungen zu extremen Auswirkungen wie „blutigen“ Entlassungen haben sich allerdings bislang nicht bewahrheitet.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Die Einführung des DRG-Fallpauschalensystems ist im Jahr 2003 zunächst skeptisch beurteilt worden. Inzwischen konnte der als Basisklassifikation zu Grunde gelegte australische DRG-Katalog erfolgreich zu einem eigenständigen deutschen Fallpauschalensystem weiter entwickelt werden. Mit Hilfe weiterer deutscher Besonderheiten, wie z. B. den Zusatzentgelten für patientenindividuell sehr unterschiedliche teure Medikamente in der Chemotherapie, Prozedurenschlüsseln für besonders anspruchsvolle Komplexleistungen und DRGs für Mehrfacheingriffe, konnte eine leistungsorientierte Finanzierung weitgehend umgesetzt werden. Nach nur vier Überarbeitungsschritten hat die deutsche DRG-Klassifikation (G-DRG) eine Spitzenposition im internationalen Vergleich erreicht. Die Schweiz hat beschlossen, die G-DRG einer kurzfristig geplanten DRG-Einführung in der Schweiz zu Grunde zu legen.

Das DRG-Fallpauschalensystem ist bei den am Krankenhausbereich in der Bundesrepublik Deutschland Beteiligten inzwischen weitestgehend akzeptiert. Die erreichte Transparenz hinsichtlich der Kosten von Leistungen und der medizinischen Leistungsspektren der Krankenhäuser ist insbesondere für medizinische und ökonomische Entscheidungen im Krankenhaus, die Budgetverhandlungen und die Krankenhausplanung nicht mehr wegzudenken.

Dies bedeutet nicht, dass es keinen weiteren Entwicklungsbedarf mehr gibt. Erst zum 1. Januar 2009 ist die gesetzlich vorgegebene Übergangsphase der DRG-Einführung (Konvergenzphase) abgeschlossen. Bis dahin wird der DRG-Katalog 2007 noch zweimal überarbeitet werden. Insbesondere in einigen Bereichen der Hochleistungsmedizin, in einigen medizinischen Fachbereichen und bei der sachgerechten Vergütung von Leistungen für Patienten mit außerordentlichen Untersuchungs- und Behandlungsabläufen (sog. Kostenausreißer) sind noch Verbesserungen erforderlich. Bis dahin werden die Krankenhäuser durch die gesetzlich vorgegebenen Mechanismen der Konvergenzphase weitgehend geschützt.

Optimierungspotenziale an der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und stationären Sektor und im Anschluss an die Krankenhausversorgung sowie Unterschiede in der Behandlungsqualität zwischen den Krankenhäusern hat es immer gegeben. Wenn sie sichtbar werden, müssen sie genutzt werden. Hierzu kann die Transparenz des DRG-Vergütungssystems wesentlich beitragen. Untersuchungen auf verschiedenen Ebenen über die Versorgungsstrukturen und -qualitäten sowie über die Wirkungen des DRG-Fallpauschalensystems sind deshalb grundsätzlich zu begrüßen.

1. Welche Ergebnisse aus der wissenschaftlichen Begleitforschung nach § 17b Abs. 8 des KHG liegen der Bundesregierung zu möglichen Veränderungen der Versorgungsstrukturen und zur Qualität bislang vor, und wie bewertet die Bundesregierung diese Ergebnisse?

   Sollten noch keine Ergebnisse vorliegen:

   Warum liegen diese noch nicht vor, und wie wird die Bundesregierung auf eine zügige Veröffentlichung der Ergebnisse der Begleitforschung hinwirken?

Der Bundesregierung liegen bislang keine umfassenden Ergebnisse der Begleitforschung nach § 17b Abs. 8 KHG vor, die wissenschaftlich belastbare Rückschlüsse auf Veränderungen der Versorgungsstrukturen und zur Qualität der

Versorgung zulassen. Mit der Durchführung der Begleitforschung hat der Gesetzgeber die Selbstverwaltungspartner nach § 17b Abs. 2 KHG, also die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Spitzenverbände der Krankenkassen und den Verband der privaten Krankenversicherung beauftragt. Die Selbstverwaltungspartner haben zur Durchführung der Begleitforschung Forschungsaufträge auszuschreiben und das DRG-Institut mit einer Auswertung der Daten nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) zu beauftragen. Eine entsprechende Auftragsvergabe wurde für eine Machbarkeitsstudie zur Begleitforschung vorgenommen. Die Machbarkeitsstudie soll für die Ausschreibung von Forschungsaufträgen Themen ermitteln, die für die Begleitforschung relevant sind. Sie überprüft deren datentechnische Umsetzbarkeit und schätzt den zeitlichen und finanziellen Aufwand für entsprechende Forschungsaufträge ab. Mit den Ergebnissen der Machbarkeitsstudie ist im ersten Quartal 2007 zu rechnen. Inhaltliche Ergebnisse zu den Auswirkungen der DRG-Einführung sind von der Machbarkeitsstudie allerdings noch nicht zu erwarten. Diese sind Zielsetzung der noch auszuschreibenden Hauptstudie. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat die für die Begleitforschung verantwortlichen Selbstverwaltungspartner in der Vergangenheit mehrfach um eine zügige Durchführung der Begleitforschung gebeten.

Seit dem 14. März 2006 steht eine Auswertung der Daten nach § 21 KHEntgG zum Zwecke der Begleitforschung auf der Homepage des DRG-Instituts zur Verfügung (http://www.g-drg.de/nutzungsbed/Begleitforschung.php). Die Daten enthalten für das Datenjahr 2004 u. a. Informationen zu:

– Krankenhaus-Strukturdaten (Klassifizierung nach Bettenzahl, Fallzahl, CMI),
– vollstationäre Falldaten (demographische und medizinische Fallmerkmale (inkl. Hauptdiagnosen und Prozeduren) sowie Angaben zum Versorgungsgeschehen im Krankenhaus (Fallzahl, Verweildauer, Case-Mix-Index), jeweils gesondert für die Versorgung durch Hauptabteilungen und belegärztliche Versorgung),
– teilstationäre Falldaten (Hauptdiagnosen und Prozeduren teilstationärer Fälle),
– Top 20 DRGs für komplexe und wenig komplexe Leistungen sowie zu häufigen Leistungen im DRG-System 2004.

2. a) Ist nach Ansicht der Bundesregierung davon auszugehen, dass die Konvergenz bis 2009 in allen Krankenhäusern abgeschlossen sein wird?

Wenn nein, warum nicht, und welche Maßnahmen plant die Bundesregierung für diesen Fall?

b) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung zu den finanziellen Auswirkungen der budgetwirksamen Konvergierung bei Krankenhäusern der verschiedenen Versorgungsstufen (bitte aufgeschlüsselt darstellen), und wie bewertet die Bundesregierung diese Erkenntnisse?

Lassen sich dabei Aussagen über die Wirkungen der Kappungsgrenze machen, und wie bewertet die Bundesregierung diese?

c) Sind dabei signifikante Differenzen zwischen den Häusern der verschiedenen Versorgungsstufen zu erkennen?

Wenn ja, worauf führt die Bundesregierung diese zurück, und welche Maßnahmen plant die Bundesregierung, um diese Differenzen zu verhindern?

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die Konvergenz bis zum 1. Januar 2009 in den meisten Krankenhäusern abgeschlossen sein wird. Krankenhäuser, deren Budgetabsenkungen durch die Obergrenze nach § 4 Abs. 6 Satz 4

KHEntgG beschränkt werden (sog. Kappungsgrenze), schließen die Konvergenz nach derzeitiger Rechtslage zum 1. Januar 2010 ab. Im Rahmen des lernenden Systems wird der DRG-Katalog im Zeitraum von 2007 bis 2010 im Vergleich zum Jahr 2006 vier Mal weiterentwickelt. Im Hinblick auf die bisher von Jahr zu Jahr gelungene starke Differenzierung der Entgelte und damit insbesondere die jährlich bessere Abbildung auch der Hochleistungsmedizin wird davon ausgegangen, dass die Konvergenz planmäßig abgeschlossen werden kann. Über dieses Thema wird voraussichtlich auch in dem im Jahr 2007 beginnenden Gesetzgebungsverfahren zum ordnungspolitischen Rahmen der künftigen Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 diskutiert werden.

Zu den finanziellen Auswirkungen der Konvergenz bezogen auf die von den Ländern unterschiedlich definierten Versorgungsstufen liegen der Bundesregierung keine Rechenergebnisse vor. Eine Orientierung an Versorgungsstufen ist problematisch, weil diese in den Ländern unterschiedlich definiert sind und die Krankenhäuser innerhalb einer Versorgungsstufe unterschiedliche Leistungsspektren und Schwerpunktsetzungen haben. Auch Krankenhäuser höherer Versorgungsstufen erbringen einfache Leistungen wie die Entfernung eines Blinddarms oder die Operation eines Leistenbruchs. Dies kann sicherlich nicht Anlass für eine unterschiedliche Finanzierung dieser Leistungen je nach Versorgungsstufe sein. Vielmehr kommt es darauf an, besonders aufwändige Leistungen auch entsprechend leistungsgerecht zu vergüten. Dies ist das Ziel des lernenden Systems.

Im Jahr 2004, in dem noch weitgehend der einfachere australische DRG-Katalog angewendet wurde und die Kalkulationen noch nicht differenziert genug durchgeführt werden konnten (Kompressionseffekt), gehörten Krankenhäuser der oberen Versorgungsstufen noch weitgehend zu den voraussichtlichen Konvergenzverlierern und kleinere Krankenhäuser zu den voraussichtlichen Konvergenzgewinnern der Systemumstellung. Aufgrund der weitreichenden Verbesserungen des DRG-Systems in den Folgejahren hat sich diese Ausgangssituation inzwischen wesentlich verändert. Aufwändige medizinische Leistungen werden heute höher und einfachere Leistungen, wie sie häufig in unteren Versorgungsstufen erbracht werden, niedriger vergütet. Je nach Leistungsspektrum werden z. B. auch bei Maximalversorgern Unterschiede in der Wirtschaftlichkeit deutlich. Die Weiterentwicklung des Systems und die damit verbundene leistungsgerechtere Abbildung wird weitere Verschiebungen zu Gunsten der Krankenhäuser der oberen Versorgungsstufen bringen.

Die sog. Kappungsgrenze soll insbesondere Krankenhäuser höherer Versorgungsstufen und spezialisierte Krankenhäuser vor zu hohen Budgetverlusten schützen, solange das DRG-System insbesondere Leistungen im Bereich der Hochleistungsmedizin noch nicht ausreichend abbildet. Mit der jährlichen Verbesserung des DRG-Systems wird dieser Schutz stufenweise zurückgenommen (vgl. § 4 Abs. 6 Satz 4 KHEntgG). Der Bundesregierung liegen keine Informationen vor, dass diese grundsätzliche Zielsetzung nicht erreicht wird. Im Jahr 2005 waren die Wirkungen der Kappungsgrenze in den einzelnen Ländern sehr unterschiedlich. Während in Baden-Württemberg, Bayern, Mecklenburg-Vorpommern, dem Saarland, Sachsen und Thüringen mehr als die Hälfte der Krankenhäuser durch die Kappungsgrenze geschützt wurden, war es in Schleswig-Holstein nur etwa jedes dritte Krankenhaus. Bei größeren Krankenhäusern kam die Kappungsgrenze öfter zur Anwendung als bei kleinen Krankenhäusern. In den Folgejahren wird sich die Zahl der Krankenhäuser, die von der Kappungsgrenze geschützt werden, aufgrund der schrittweisen Verbesserung des Systems deutlich reduzieren. Vor dem geschilderten Hintergrund plant die Bundesregierung derzeit keine weiteren Maßnahmen zur Verminderung der Differenzen zwischen den Krankenhäusern.

3. Welche aktuellen Erkenntnisse zur Zunahme oder Verringerung der Verwaltungskosten in den Krankenhäusern infolge der Einführung der DRG-Fallpauschalen liegen der Bundesregierung vor, und wie bewertet die Bundesregierung diese Erkenntnisse?

Nach den Daten des Statistischen Bundesamtes wuchs der Anteil des Verwaltungsdienstes an den Personalkosten der Krankenhäuser (insgesamt 6,5 Prozent im Jahr 2004) im Zeitraum 2002 bis 2004 marginal um 0,1 Prozentpunkte an. Der Anteil des Verwaltungsbedarfs an den Sachkosten (insgesamt 6,4 Prozent im Jahr 2004) verminderte sich im gleichen Zeitraum um 0,1 Prozentpunkte. Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse vor, inwieweit Veränderungen in diesen oder anderen Kostenarten auf die DRG-Einführung zurückzuführen sind.

Nachdem in den Jahren 2003 und 2004 ein erheblicher Anteil der Krankenhäuser noch mit Umstellungsproblemen zu kämpfen hatte (vgl. z. B. Deutsches Krankenhausinstitut e. V., Krankenhaus Barometer, Umfrage 2004, S. 17 ff.), ist mittlerweile eine gewisse Routine eingetreten. Auf Beschwerden von Krankenhäusern hinsichtlich überzogener Rechnungsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) wird in der Antwort zu Frage 17 eingegangen.

4. a) Wie bewertet die Bundesregierung den Anstieg der Gesamtkosten für die Krankenhausbehandlung und der Kosten je Fall auch nach der Einführung der DRGs (vgl. Kostennachweis der Krankenhäuser, Statistisches Bundesamt 2006)?

   b) Hat die Bundesregierung hierzu anders lautende Erkenntnisse, und wie bewertet die Bundesregierung diese?

Auch infolge der jahrelangen gesetzlichen Begrenzungen für Budgetzuwächse haben sich die Krankenhäuser vermehrt um Wirtschaftlichkeit bemüht, so dass insbesondere in den Jahren 2003 bis 2005 die Gesamtkosten nur moderat gestiegen sind. Der Anstieg der Kosten je Fall im Jahr 2004 dürfte auf einen rechentechnischen Effekt zurückzuführen sein. Im Jahr 2004 ist die Fallzahl um rd. 2,9 Prozent gesunken. Dies kann insbesondere wohl auf die gewünschte Verlagerung von bisher stationären Fällen in die ambulante Versorgung zurückgeführt werden. Wenn die Budgets und die Kosten der Krankenhäuser um diese tendenziell leichten Fälle entlastet werden, bleiben nur die schwereren und damit teureren Fälle; zusätzlich werden die Vorhaltungskosten des Krankenhauses auf eine geringere Fallzahl umgelegt. Da die Kosten in geringerem Umfang sinken als die Fallzahl, ergaben sich für 2004 um 4,1 Prozent höhere Kosten je Fall. Die gegensätzliche Wirkung dieses Divisionseffekts zeigte sich im Jahr 2005. Bei wieder steigender Fallzahl – aufgrund statistischer Effekte wegen der erstmaligen Erfassung gesunder Neugeborener – stiegen die Kosten je Fall lediglich um 0,6 Prozent.

5. a) Wie begründet die Bundesregierung die sinkenden Fallzahlen nach Einführung der DRGs insbesondere in den Jahren 2003 und 2004 (vgl. Gesundheitswesen, Grunddaten der Krankenhäuser, Statistisches Bundesamt 2006)?

   b) Hat die Bundesregierung anders lautende Erkenntnisse, und wie bewertet die Bundesregierung diese?

Nach der DRG-Einführung waren in den Jahren 2003 und 2004 die vollstationären Fallzahlen aus unterschiedlichen Gründen rückläufig. Es handelt sich

hierbei um eine Unterbrechung des langfristigen Trends zu steigenden Fallzahlen, von einer dauerhaften Trendumkehr ist jedoch nicht auszugehen.

Ursächlich für den angesprochenen Fallzahlrückgang ist nicht in erster Linie die DRG-Einführung. Vielmehr ist als auslösender Faktor die Ausweitung und Umstellung des Katalogs ambulanter Operationen und stationsersetzender Eingriffe einzustufen (vgl. Deutsches Krankenhausinstitut e. V., Krankenhaus Barometer, Umfrage 2004, S. 18). Die Zahl der ambulant operierten Patientinnen und Patienten stieg im Jahr 2004 gegenüber dem Vorjahr um 60,2 Prozent auf insgesamt 1,2 Mio. Eingriffe an (vgl. Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser 2003 f.). Zugleich verminderte sich die Zahl der Stundenfälle, die zwar stationär aufgenommen werden, aber noch am Aufnahmetag entlassen werden, im Jahr 2004 um 11,8 Prozent auf 606 000 Fälle; gegenüber dem Jahr 2000 liegt der Rückgang bei 22 Prozent. Auch die erhöhte Transparenz des neuen Entgeltsystems unterstützt nachhaltig die gewünschte Entwicklung zu einer verstärkten ambulanten Erbringung von Leistungen.

6. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung vor zur Entwicklung der Bettenzahl, und wie bewertet sie diese insbesondere im europäischen Vergleich?

Die Entwicklung der Bettenzahl pro Einwohner ist in Deutschland rückläufig. Im Zeitraum von 1993 bis 2005 wurden rd. 105 000 Betten abgebaut, dies sind 16,7 Prozent. Während die Anzahl der Betten pro 1 000 Einwohner 1995 noch bei 7,5 lag, hat sie sich bis 2004 kontinuierlich auf 6,4 reduziert. Eine Verringerung der Bettenkapazität lässt sich auch in den meisten europäischen Ländern beobachten, die dort jedoch grundsätzlich von einem in der Regel niedrigeren Niveau ausgeht. Im internationalen Vergleich hat Deutschland Überkapazitäten in der stationären Versorgung. In Schweden wurden nach Angaben der OECD im Jahr 2004 lediglich 2,2 Akutbetten pro 1 000 Einwohner vorgehalten, in Frankreich und der Schweiz 3,8, in Großbritannien 3,6. In Zukunft ist auch in Deutschland eine weitere starke Reduzierung der Bettenkapazitäten zu erwarten, insbesondere auch durch eine weitere Verkürzung der Verweildauern und zunehmend ambulante Behandlungsmöglichkeiten.

7. a) Wie bewertet die Bundesregierung die Abschwächung der Liegezeitverkürzung nach Einführung der DRGs (vgl. Braun, Müller 2006)?

b) Hat die Bundesregierung anders lautende Erkenntnisse, und wie bewertet die Bundesregierung diese?

c) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung zur möglichen Anpassung der Liegezeiten an die obere und untere DRG-Grenzverweildauer, und welchen Handlungsbedarf leitet die Bundesregierung daraus ab?

d) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung zu unterschiedlichen Verweildauern der Versicherten der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherungen, und wie bewertet die Bundesregierung diese?

e) Welche Erkenntnisse über die finanziellen Auswirkungen der Liegezeitverkürzung auf die GKV und auf die Krankenhäuser hat die Bundesregierung, und wie bewertet sie diese?

Ziel der DRG-Einführung war unter anderem, die in Deutschland zu hohe durchschnittliche Verweildauer in den Krankenhäusern zu reduzieren. Ursache für eine Abschwächung des statistisch ermittelten durchschnittlichen Verweildauerrückgangs nach der DRG-Einführung sind offenbar strukturelle Veränderungen im Leistungsspektrum der Krankenhäuser. Insbesondere in Folge der weit reichenden Leistungstransparenz, die mit der Einführung des DRG-Sys-

tems erreicht wurde, wurden in erheblichem Umfang vollstationäre Fälle aus den Krankenhausbudgets ausgegliedert und dem ambulanten Bereich zugeordnet (z. B. beim ambulanten Operieren). Nach Herausnahme der leichteren Fälle mit kurzer Verweildauer aus dem vollstationären Bereich sind tendenziell schwerere Fälle mit längerer Verweildauer verblieben. Diese Umstrukturierung hat im Ergebnis zu einer geringeren Absenkung im statistischen Ausweis geführt. Diese Erklärung findet sich auch in der zitierten Studie (Braun, Müller 2006).

Zu den Vermutungen, dass sich die Verweildauern an den unteren und oberen Grenzverweildauern orientieren und sich die Verweildauern von gesetzlich und privat Versicherten unterscheiden, liegen der Bundesregierung keine Informationen vor.

Die finanziellen Auswirkungen von Verweildauer-Verkürzungen wurden vor Einführung der DRGs bei der Verhandlung des einzelnen Krankenhausbudgets berücksichtigt. Im DRG-System wirken sie sich grundsätzlich in der Bewertung der einzelnen DRG aus. Entscheidend für die Gesamtausgaben ist jedoch die Vereinbarung des Landes-Basisfallwerts nach § 10 KHEntgG, bei der die Vertragsparteien verschiedene Tatbestände und ihre Auswirkungen auf das Ausgabenvolumen im Lande berücksichtigen. Informationen über die konkret bei den Verhandlungen der Selbstverwaltungspartner auf Landesebene berücksichtigten Tatbestände (Art und Höhe) liegen der Bundesregierung nicht vor.

8. a) Wie bewertet die Bundesregierung Untersuchungsergebnisse, nach denen die Patienten in privaten und öffentlichen Krankenhäusern 2005 im Vergleich zu 2002 ihre Aufenthaltsdauer häufiger als zu kurz bewerteten (vgl. Braun, Müller 2006)?

   b) Hat die Bundesregierung anders lautende Erkenntnisse, und wie bewertet die Bundesregierung diese?

Eine Verkürzung der im internationalen Vergleich längeren Verweildauern in deutschen Krankenhäusern wurde für dringend notwendig erachtet und war schon eines der Hauptziele bei der Einführung der Fallpauschalen nach der Bundespflegesatzverordnung, die in Deutschland bereits im Jahr 1995 begann.

Die Bundesregierung beurteilt die Ergebnisse der angesprochenen Untersuchung zurückhaltend. Es handelt sich um subjektive Einschätzungen von Patienten, die diversen Einflüssen unterliegen. Neben der DRG-Einführung als mögliche Ursache kann eine Fülle zusätzlicher Einflussfaktoren diskutiert werden. Beispielsweise ist unklar, inwieweit sich ausschließlich die objektiven Gegebenheiten in den Krankenhäusern verändert haben oder inwieweit einkommens- und bildungsschichtenabhängige Einflüsse für die von der Studie festgestellten Veränderungen verantwortlich sind. Zwischen den Jahren 2002 und 2005 unterscheiden sich die für die Studie befragten Patienten und Patientinnen hinsichtlich der Merkmale Erwerbstätigkeit und Bildungsabschluss deutlich (vgl. Braun, B./Müller, R., Versorgungsqualität im Krankenhaus aus der Perspektive der Patienten, 2006, S. 24). Auf differenzierte Informationen der jeweils zu Grunde liegenden Antwortzahlen verzichtet die Studie leider. In einigen Bereichen scheint die Stichprobengröße jedoch sehr gering zu sein. Hierauf verweist z. B. der deutliche und gegen den Trend verlaufende Ausreißer bei den Veränderungen der Aufenthaltsdauern bei „schweren Schmerzen“: Der Anteil der in Krankenhäusern in privater Trägerschaft behandelten Patientinnen und Patienten, die der Auffassung waren, der Aufenthalt „hätte etwas länger sein müssen“, verminderte sich danach von rd. 37 Prozent im Jahr 2002 auf rd. 15 Prozent im Jahr 2005 deutlich (vgl. Braun, B./Müller, R., Versorgungsqualität im Krankenhaus aus der Perspektive der Patienten, 2006, S. 35). In gewissem Umfang dürften die Studienergebnisse jedoch die Umbruchsitua-

tion und die Veränderungen hin zu einer effizienteren und effektiveren Organisation abbilden, die den Krankenhäusern durch die DRG-Einführung abverlangt wird.

9. a) Wie bewertet die Bundesregierung Untersuchungsergebnisse, nach denen die Versorgungsqualität aus Sicht multimorbider Patienten bei einer Vielzahl von Indikatoren abgenommen hat (vgl. Braun et al., Immer kürzer, immer schneller? Gesundheits- und Sozialpolitik 9/10 2006)?

   b) Hat die Bundesregierung anders lautende Erkenntnisse, und wie bewertet die Bundesregierung diese?

Siehe Antwort zu Frage 8. Im Übrigen hat die Bundesregierung keine eigenen Erkenntnisse.

10. a) Wie bewertet die Bundesregierung Untersuchungsergebnisse, nach denen ein leichter Rückgang der Rehospitalisierungsrate von 2000 auf 2005 zu verzeichnen ist (vgl. Braun, Müller 2006)?

    b) Hat die Bundesregierung anders lautende Erkenntnisse, und wie bewertet die Bundesregierung diese?

Die Ergebnisse der genannten Studie bestätigen, dass überwiegend Hinweise auf befürchtete negative Auswirkungen der DRG-Einführung wie z. B. Fallsplitting und ansteigende Wiederaufnahmeraten bislang nicht erkennbar sind. Dennoch ist die Bundesregierung zurückhaltend mit der Interpretation der festgestellten rückläufigen Rehospitalisierungsrate und warnt vor einer Überinterpretation. Auch die Autoren sprechen sowohl von einer leicht rückläufigen Rehospitalisierungsquote (vgl. Braun, B./Müller, R., Versorgungsqualität im Krankenhaus aus der Perspektive der Patienten, 2006, S. 100) als auch von einer nicht ansteigenden Quote (vgl. Braun, B./Buhr, P./ Müller, R., Immer kürzer, immer schneller?, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, 9-10/2006, S. 11). Weitere Erkenntnisse liegen der Bundesregierung nicht vor.

11. Wie bewertet die Bundesregierung Aussagen von Medizinern, wonach sich die stationäre Palliativversorgung im derzeitigen DRG-System nicht abbilden lasse (vgl. Ärzte Zeitung, 3. August 2006), und welchen Handlungsbedarf leitet sie gegebenenfalls daraus ab?

Die Bundesregierung ist der Auffassung, dass eine Einbeziehung der stationären Palliativversorgung in das DRG-System grundsätzlich möglich erscheint. Die Behandlung palliativmedizinisch versorgter Patienten konnte erstmals im DRG-Fallpauschalenkatalog für das Jahr 2007 spezifisch abgebildet werden. Durch die Einführung eines Prozedurenschlüssels (OPS) für die palliativmedizinische Komplexbehandlung im Jahr 2005 war es möglich, die Palliativbehandlung in die DRG-Kalkulation einzubeziehen. Daraus hat das DRG-Institut ein Zusatzentgelt für die palliativmedizinische Komplexbehandlung abgeleitet. Dieses Zusatzentgelt kann bei allen Palliativpatienten abgerechnet werden, die mindestens sieben Tage entsprechend behandelt werden. Somit ist eine erhebliche Besserstellung der Palliativmedizin im DRG-System für das Jahr 2007 erreicht worden. Darüber hinaus können seit dem Jahr 2005 Palliativstationen oder -einheiten, die räumlich und organisatorisch abgegrenzt sind und über mindestens fünf Betten verfügen, als besondere Einrichtungen von der DRG-Abrechnung ausgenommen werden. Vor diesem Hintergrund und der jährlichen Weiterentwicklung der DRG im Rahmen des lernenden Systems sieht die Bundesregierung derzeit keinen Handlungsbedarf.

12. Welche aktuellen Informationen hat die Bundesregierung über Schnittstellenprobleme zwischen dem ambulanten und stationären Versorgungsbereich insbesondere bei der Aufnahme und Entlassung von Patienten, und welche Schlussfolgerung zieht sie daraus?

Die gesetzlichen Krankenkassen prüfen in den letzten Jahren verstärkt, ob ein Patient einer Krankenhausbehandlung bedarf, oder ob er ambulant behandelt werden kann. Zu der gleichen Prüfung ist nach § 39 Abs. 2 Satz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) auch das Krankenhaus selbst verpflichtet. Meinungsunterschiede sind jedoch nicht auszuschließen.

Besondere Probleme hinsichtlich der Aufnahme von Patienten in Krankenhäusern und deren Behandlung sind nicht bekannt. Sie wären wohl auch nicht der Einführung des DRG-Fallpauschalensystems zuzurechnen. Nach den derzeitigen gesetzlichen Vorgaben für die Übergangsphase (Konvergenzphase) werden zusätzliche Leistungen des einzelnen Krankenhauses im Jahr 2007 mit mindestens 65 Prozent der Fallpauschale vergütet (im Jahr 2008 mit 80 Prozent); zusätzlich sind bei Leistungen mit höheren Sachkosten höhere Finanzierungsanteile krankenhausindividuell zu verhandeln.

Bei der Entlassung von Patienten wurde von Problemen in Fällen berichtet, in denen der Übergang in andere Versorgungsbereiche nicht zufriedenstellend gelöst ist. Die Bundesregierung hat dies zum Anlass genommen, mit dem Entwurf des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) einen neuen § 11 Abs. 4 SGB V vorzusehen, der einen Rechtsanspruch des Versicherten auf ein Versorgungsmanagement zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche schafft.

13. Welche aktuellen Erkenntnisse zu Mehrkosten durch den möglicherweise intensiveren Pflege- und Betreuungsaufwand bei Kindern und Jugendlichen hat die Bundesregierung?

Vonseiten der Pädiatrie und der Kinderkrankenhäuser wird darauf hingewiesen, dass der Pflege- und Betreuungsaufwand bei Kindern höher sei als bei Erwachsenen. Auf der anderen Seite genesen Kinder oft schneller und werden früher wieder nach Hause entlassen. Soweit sich daraus im Gesamtergebnis die Notwendigkeit zu eigenständigen höheren DRG-Fallpauschalen für Kinder und Jugendliche ergibt, werden diese vom DRG-Institut auch gebildet. Nähere Erläuterungen werden bei der Beantwortung der Frage 15 gegeben.

14. a) Bei wie viel Prozent der Diagnosen existieren derzeit nach Lebensalter differenzierte DRG-Fallpauschalen (Alterssplits)

   – für Früh- und Neugeborene,

   – für Kinder und Jugendliche,

   – für Patienten der Geriatrie?

   b) Sind die existierenden Alterssplits nach Ansicht der Bundesregierung für eine differenzierte und angemessene Pauschalierung ausreichend, und wie begründet die Bundesregierung dies?

Aussagen zu Alterssplits können nur in Bezug auf die DRG-Fallpauschalen gemacht werden, nicht zu Diagnosen, die durchaus verschiedenen DRGs zugeordnet sein können. Im neuen DRG-Katalog für das Jahr 2007 sind nach Auskunft des DRG-Instituts 42 DRGs für die Versorgung von Früh- und Neugeborenen und 278 DRGs für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach Alter gesplittet. Für Patienten zwischen 55 und 80 Jahren wurden 33 gesonderte

DRGs kalkuliert. Darüber hinaus gibt es 15 DRGs für die geriatrische Komplexbehandlung (einschließlich zwei teilstationärer DRGs). Die Zahl der Alterssplits kann jedoch generell nicht als Qualitätskriterium für den DRG-Katalog oder die Finanzierung der Behandlung von Kindern und Jugendlichen herangezogen werden. Auf die Notwendigkeit von DRG-Differenzierungen und die entsprechenden Regeln im DRG-System wird unter Frage 15 eingegangen.

15. a) Wie bewertet die Bundesregierung Aussagen von Medizinern, wonach sich in bestimmten Kliniken durch das Fehlen spezieller Kinder-DRGs eine finanzielle Unterdeckung pro Patient von bis zu 100 Euro pro Tag ergebe (vgl. Ärzte Zeitung, 27. Juni 2006)?

    b) Hat die Bundesregierung anders lautende Erkenntnisse, und wie bewertet die Bundesregierung diese?

    c) Wie viele Kinderkliniken haben bislang die Möglichkeit genutzt, sich als besondere Einrichtung nach § 17b Abs. 1 Satz 15 des KHG zeitlich befristet aus dem DRG-Vergütungssystem herausnehmen zu lassen?

Die Aussagen beruhen weitgehend auf Missverständnissen über die Vorgehensweisen, wie DRG-Fallpauschalen kalkuliert werden. Die Frage, ob die DRG-Fallpauschalen altersbezogen untergliedert werden müssen (Alterssplit), zählt im Rahmen der Kalkulation durch das DRG-Institut der Selbstverwaltungspartner (InEK) zu den standardmäßig überprüften Kriterien. Immer dann, wenn die Kosten für die Behandlung von Kindern oder auch älteren Personen höher sind als die übrigen durchschnittlichen Kosten in einer Fallpauschale, wird eine gesonderte Fallpauschale gebildet. Sind die Kosten für die Kinder gleich hoch wie die Kosten für die Versorgung von Erwachsenen, z. B. weil einerseits zwar die Behandlungs- und Betreungskosten für Kinder höher, andererseits jedoch deren Verweildauer im Krankenhaus kürzer ist, so werden die einheitlichen Gesamtkosten (Summe aus medizinisch und pflegerisch bedingten Kosten sowie Kosten der Vorhaltung und des Betriebs des Krankenhauses) auch mit einer einheitlichen Fallpauschale vergütet. Sind die Kosten für den Krankenhausaufenthalt der Kinder niedriger als die Kosten für Erwachsene, wurde zu Gunsten der Kinderversorgung bisher auf den Ausweis gesonderter niedrigerer Kinder-Fallpauschalen verzichtet. Aus einer begrenzten Anzahl von gesonderten Fallpauschalen für Kinder kann somit keineswegs geschlossen werden, dass die Leistungen für Kinder unterfinanziert sind. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass teilweise auch die von den Krankenhäusern für die DRG-Kalkulation gelieferten Kalkulationsdaten noch verbessert werden müssen. Wenn Krankenhäuser auf die höheren Betreuungskosten und den höheren Zeitaufwand z. B. beim Röntgen von Kindern hinweisen, müssten die an das DRG-Institut gelieferten Datensätze der Krankenhäuser in diesen Fällen auch höhere Kosten ausweisen. Dies ist zum Teil nicht so. Das bedeutet, dass die an der Kalkulation teilnehmenden Kinderkliniken noch genauer kalkulieren müssen. In den letzten Jahren sind in diesem Bereich jedoch große Fortschritte erreicht worden. Im Rahmen des „lernenden Systems“ sind bei der jährlichen Überarbeitung des DRG-Fallpauschalensystems weitere Verbesserungen kurzfristig möglich.

Nach Auskunft des DRG-Instituts der Selbstverwaltungspartner wurden ihm acht Kinderkrankenhäuser und fünf Kinderabteilungen an allgemeinen Krankenhäusern als besondere Einrichtungen, die von der DRG-Finanzierung im Jahr 2006 ausgenommen wurden, gemeldet.

16. a) Welche aktuellen Erkenntnisse hat die Bundesregierung darüber, in welchem Umfang die Kodierung der Diagnosen und Prozeduren durch spezielles Kodierpersonal (Dokumentationsassistenten) in den Krankenhäusern vorgenommen wird?

b) Wie sollte zusätzlich notwendiges Kodierpersonal nach Auffassung der Bundesregierung finanziert werden?

Mit der Einführung des DRG-Systems wurden die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene (DKG, GKV und PKV) gesetzlich beauftragt. In den Kodierrichtlinien haben diese festgelegt, dass die Auflistung von Diagnosen und Prozeduren in der Verantwortung des behandelnden Arztes liegt; die Verschlüsselung kann jedoch auch von Dokumentationsassistenten vorgenommen werden. Die Entscheidung darüber trifft das einzelne Krankenhaus.

Nach einer repräsentativen Umfrage des Deutschen Krankenhausinstituts (Deutsches Krankenhausinstitut e. V., Krankenhaus Barometer, Umfrage 2006, S. 26) werden in 65 Prozent der Krankenhäuser die festgestellten Diagnosen und Prozeduren vom behandelnden Arzt verschlüsselt. Bei 12 Prozent der Krankenhäuser erfolgt die Verschlüsselung auf Abteilungs- oder Stationsebene. 14 Prozent der Krankenhäuser verschlüsseln nach der Umfrage zentral für das gesamte Krankenhaus. Der größte Zentralisierungsgrad bei der Verschlüsselung liegt in den Krankenhäusern mit 100 bis unter 300 Betten vor. In den Krankenhäusern mit 300 bis 600 Betten ist der Anteil der selbst verschlüsselnden Ärzte am höchsten.

Auch wenn der Bundesregierung keine genauen Erkenntnisse darüber vorliegen, in welchem Umfang die Kodierung der Diagnosen und Prozeduren durch spezielles Kodierpersonal (Dokumentationsassistenten) in den Krankenhäusern vorgenommen wird, ist aufgrund von Beiträgen in Fachzeitschriften davon auszugehen, dass zunehmend Dokumentationsassistentinnen und -assistenten ausgebildet und eingesetzt werden. In diesem Fall entlasten sie den Ärztlichen Dienst; eine gesonderte Finanzierung ist deshalb nicht vorgesehen.

17. a) Welche Erkenntnisse zur Kodierqualität liegen der Bundesregierung vor, und wie bewertet sie diese?

b) Bei wie viel Prozent der Abrechnungen sind die Kodierungen zwischen den Krankenhäusern und den Medizinischen Diensten der Krankenkassen (MDK) strittig?

c) Wie bewertet die Bundesregierung Aussagen von Krankenhausvertretern, nach denen Abrechnungsstreitigkeiten häufig auf den angeblichen Missbrauch des Prüfrechtes durch die Krankenkassen zurückzuführen sind?

Die Kodierqualität hat sich seit dem Beginn der DRG-Einführung kontinuierlich verbessert. Dies äußert sich in der Anzahl der kodierten Diagnosen und Prozeduren (z. B. Operationen, diagnostische Verfahren und therapeutische Maßnahmen) je Fall und in der Beachtung der von den Selbstverwaltungspartnern vereinbarten Deutschen Kodierrichtlinen. Die durchschnittlich je Fall kodierte Anzahl der Nebendiagnosen lag im Jahr 2005, das die Datengrundlage für das DRG-System 2007 bildet, bei 3,8 Nebendiagnosen (2002: 3,3) und 2,5 Prozeduren (2002: 2,1). Die gestiegene Kodierqualität sowie die weitere Verbesserung der Datenqualität in den Kalkulationsdatensätzen der Kalkulationskrankenhäuser leistet einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung einer sachgerechten Abbildung des DRG-Fallpauschalensystems (vgl. InEK, Abschlussbericht – Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2007, S. 107).

Auch wenn sich mit der DRG-Einführung die rechtlichen Voraussetzungen zur Kodierung grundsätzlich nicht verändert haben, hat die Kodierung in der Praxis eine andere Bedeutung erhalten. Die Kodierung ist jetzt Basis für die DRG-Zuordnung und damit vergütungsrelevant. Vor diesem Hintergrund müssen die Krankenkassen die Möglichkeit haben, durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) die Ordnungsgemäßheit der Kodierung zu überprüfen. Prüfungsmöglichkeiten bestehen nach § 275 SGB V (Einzelfallprüfung) und § 17c KHG (gemeinsame Stichprobenprüfung). Nach einer repräsentativen Umfrage erfolgte im Jahr 2005 bei bundesweit 10 Prozent der Krankenhausfälle eine verdachtsabhängige Einzelfallprüfung nach § 275 SGB V durch den MDK (Deutsches Krankenhausinstitut e. V., Krankenhaus Barometer, Umfrage 2006, S. 35). Anlass für Einzelfallprüfungen durch den MDK sind bei 44,6 Prozent der Krankenhäuser Zweifel an der Richtigkeit der abgerechneten Leistungen (a. a. O., S. 33).

Die Krankenhäuser klagen darüber, dass die intensive Nutzung der Einzelfallprüfungen mittels des MDK einen erheblichen Aufwand verursache (vgl. z. B. Deutsches Krankenhausinstitut e. V., Krankenhaus Barometer kompakt, Umfrage 2006, S. 5). Das gesetzlich vorgesehene Instrument einer gemeinsamen Stichprobenprüfung nach § 17c KHG wird kaum genutzt. Offenbar werden die Einzelfallprüfungen in unverhältnismäßiger Weise auch zur Einzelfallsteuerung genutzt. Für einzelne Krankenkassenarten liegen Hinweise zu Prüfquoten in Höhe von 45 Prozent der Krankenhausfälle vor. Vor diesem Hintergrund wurden mit Artikel 1 Nr. 185 Buchstabe a des GKV-WSG Maßnahmen ergriffen, um die Einzelfallprüfung zukünftig zeitnäher und zielorientierter auszugestalten. Die Prüfungen sollen spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung eingeleitet und dem Krankenhaus angezeigt werden. Im Falle einer erfolglosen Prüfung soll die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 100 Euro entrichten.

18. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung zur Entwicklung der Restfinanzierung von Investitionen durch die Krankenhäuser (§ 8 Abs. 1 des Krankenhausgesetzes) nach Einführung des DRG-Systems, und wie bewertet sie diese?

Nach § 8 Abs. 1 Satz 2 KHG können Land und Krankenhausträger für ein Investitionsvorhaben eine nur teilweise Förderung mit Restfinanzierung durch den Krankenhausträger vereinbaren. Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse über die Entwicklung der Restfinanzierung in den einzelnen Ländern nach Einführung des DRG-Systems vor. Generell ist aber festzustellen, dass sich die Krankenhausträger infolge des durch das neue Vergütungssystem ausgelösten schärferen Wettbewerbs verstärkt zu Investitionen veranlasst sehen, vor allem um Betriebsabläufe zu rationalisieren sowie um die Standards und die Leistungsfähigkeit der Kliniken zu verbessern. Dabei entwickeln sie zum Teil zeitliche und inhaltliche Vorstellungen, die die Möglichkeiten der Krankenhausinvestitionsförderung durch die Länder übersteigen, weil z. B. die aktuell verfügbaren Fördermittel nur zur Finanzierung von Maßnahmen im Kernbereich ausreichen und deswegen bestimmte Maßnahmen zurückgestellt werden müssen. Deshalb wächst die Bereitschaft, von der Möglichkeit der Teilförderung Gebrauch zu machen.

So ist die Möglichkeit der Teilförderung z. B. im Freistaat Bayern zum 1. Juli 2006 ausdrücklich in das Bayerische Krankenhausgesetz aufgenommen worden. Die ersten hierzu vorliegenden Projektanträge gehen davon aus, dass die durch die Förderung nicht gedeckten Investitionskosten hauptsächlich durch Betriebskosteneinsparungen refinanziert werden können. Aber auch Vorhaben

mit Einbindung privaten Kapitals von dritter Seite befinden sich derzeit in der Diskussion.

19. Wie bewertet die Bundesregierung die Forderung unter anderem des Sächsischen Ärztetages nach einem Weiterbildungszuschlag für die ärztliche Weiterbildung im Rahmen des DRG-Fallpauschalensystems?

Krankenhäuser, die Ärzte weiterbilden, können höhere Kosten haben als nicht weiterbildende Krankenhäuser, z. B. wenn bei Operationen ein am Beginn der Ausbildung stehender Arzt für die Operation mehr Zeit benötigt und damit OP-Saal und Personal länger gebunden sind. Zusätzlich muss ein Facharzt die Arbeiten beaufsichtigten. Grundsätzlich werden in der weit überwiegenden Zahl der Krankenhäuser Ärzte weitergebildet. Die erhöhten Kosten sind somit in die DRG-Fallpauschalen eingegangen. Anstelle einer Benachteiligung von weiterbildenden Krankenhäusern könnte auch von einem Vorteil für nicht weiterbildende Krankenhäuser gesprochen werden. Ob ein solcher Vorteil so gravierend ist, dass er bei den Leistungsvergütungen berücksichtigt werden muss, ist zu prüfen. Das BMG hat die mit der Weiterentwicklung des DRG-Systems gesetzlich beauftragten Selbstverwaltungspartner auf diesen Tatbestand hingewiesen, ohne dass dieses Thema bisher als prioritär aufgegriffen wurde.

20. a) Welche Gründe könnten aus Sicht der Bundesregierung für und welche gegen die Einführung eines Bundesbasisfallwertes sprechen?

b) Welche Position hat die Bundesregierung in dieser Frage?

Die Diskussion um die Einführung eines bundesweiten Basisfallwertes wurde bereits im Rahmen des Fallpauschalengesetzes aus dem Jahr 2002 begonnen. In der Begründung zum Gesetzentwurf wurde ein bundeseinheitlicher Basisfallwert als Ziel auf mittlere Frist genannt (Bundestagsdrucksache 14/6893, S. 28). Explizit sollten im Hinblick auf die Auswirkungen auf die Krankenhäuser und die überwiegend regional organisierten Krankenkassen die Budgets der einzelnen Krankenhäuser im Rahmen der DRG-Einführung jedoch zunächst an ein einheitliches DRG-Preisniveau auf Landesebene angeglichen werden.

Vor diesem Hintergrund wird die Frage eines bundesweiten Basisfallwertes erneut in Zusammenhang mit dem geplanten Gesetzgebungsverfahren zur Ausgestaltung des ordnungspolitischen Rahmens ab dem Jahr 2009 zu führen sein. Nach der Koalitionsvereinbarung hat die Festlegung des ordnungspolitischen Rahmens bis spätestens zum Jahr 2008 zu erfolgen. Dies bietet die Möglichkeit, auch die Frage einer Umstellung auf einen bundesweiten Basisfallwert im Lichte empirischer Erkenntnisse zur DRG-Einführung zu diskutieren. Bei der bislang noch nicht erfolgten Positionierung der Bundesregierung in dieser Frage wird zudem die für März 2007 angekündigte Positionierung der Länder zu berücksichtigen sein.

21. Wie wird aus Sicht der Bundesregierung im DRG-System künftig die ausreichende Finanzierung

a) innovativer Verfahren,

b) des steigenden Bedarfes aufgrund demographisch bedingter steigender Morbidität sichergestellt?

Für die Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (Innovationen), die mit den DRG-Fallpauschalen noch nicht sachgerecht vergütet werden können, sollen nach § 6 Abs. 2 KHEntgG bei den Budgetverhandlungen für

das einzelne Krankenhaus fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte vereinbart werden. Zuvor muss das DRG-Institut auf Antrag des Krankenhauses bestätigen, dass diese Methode mit den Fallpauschalen noch nicht sachgerecht abgerechnet werden kann. Nach derzeitigem Kenntnisstand reicht diese Verfahrensweise grundsätzlich aus, um eine ausreichende Finanzierung von Innovationen sicherzustellen. Auch vor Einführung des DRG-Systems wurde über die Kosten neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden krankenhausindividuell verhandelt. Das DRG-Institut nimmt solche neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden so früh wie möglich in das DRG-System auf.

Der steigende Finanzierungsbedarf infolge demographisch bedingter steigender Morbidität wird nach den Vorgaben des § 10 KHEntgG bei der Vereinbarung des Landes-Basisfallwerts berücksichtigt. Es gibt kein gesetzlich begrenztes Landesbudget für Krankenhausleistungen, sondern eine offene Verhandlungslösung, die die Finanzierung von Mehrleistungen in Höhe der zusätzlich entstehenden Kosten zulässt. Beim einzelnen Krankenhaus wurden mit Einführung des DRG-Vergütungssystems die früheren Budgetbegrenzungen aufgehoben. Leistungsveränderungen wirken sich unmittelbar auf die Höhe des Budgets aus. Dies ist Voraussetzung, um die gewünschten Strukturveränderungen im Krankenhausbereich nach der Zielsetzung „Geld folgt Leistung“ auch umsetzen zu können. Über einen etwaigen Anpassungsbedarf an veränderte künftige Rahmenbedingungen lassen sich noch keine Aussagen treffen.



Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Amsterdamer Str. 192, 50735 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Telefax (02 21) 97 66 83 44
ISSN 0722-8333